

小郡市介護保険主治医意見書について

平成20年6月2日

小郡市介護保険課

小郡市では、介護保険制度開設当初、小郡三井医師会との申し合わせにより、主治医意見書は、①介護保険主治医意見書の内容に沿った状態把握ができるように被保険者の受診に合わせて記入ができるように被保険者が用紙を持参する方式をとっていました。また、記入された主治医意見書を申請書と一緒に介護保険課に提出することにより、②認定の処理の遅延を防ぐ目的も合わせて持っていました。

しかし、記入された意見書を再度医療機関に取りに行く必要がある等指摘を受け、加えて市民サービスの向上の観点から、この度、下記のとおり記入依頼の流れを見直しましたので検討をお願いします。

また、「主治医意見書の情報開示について」項目を追加する件につきまして、書式の変更方法を検討していますので報告します。

●主治医意見書の記入について

1. 申請から介護保険主治医意見書提出まで

更新申請の場合

(小郡市介護保険課)

現行→毎月1日付で、更新対象者に、認定期限の60日前に、主治医意見書用紙・要介護認定申請書を郵送

変更点→現行の送付内容の主治医意見書用紙に記入依頼書（更新申請用）・返信用封筒を同封

(被保険者等申請者)

現行→主治医意見書の書類を持参して医療機関受診、記入後、要介護認定申請書と市介護保険課へ提出

変更点→記入後、医療機関から書類を市介護保険課へ返送

*上記①の目的のため記入依頼は原則持参

(各医療機関)

現行→書類を受け取り記入し、記入後被保険者等申請者に書類を渡す

変更点→書類を受け取って10日以内に記入の上、返信用封筒を使用し小郡市介護保険課に返送

新規申請・区分変更申請の場合

(被保険者等申請者)

現行→介護保険課窓口申請の意思を伝える

*現行通り

(小郡市介護保険課)

現行→要介護認定申請書と主治医意見書用紙を申請者に渡す

改善点→要介護認定申請書を受付、主治医意見書用紙に記入依頼書(新規・区分変更申請用)・返信用封筒を同封したものを渡す

(被保険者等申請者)

現行→主治医意見書の書類を持参して医療機関受診、記入後、要介護認定申請書と市介護保険課へ提出

変更点→記入後、医療機関から書類を市介護保険課へ返送

*上記①の目的のため記入依頼は原則持参

(各医療機関)

現行→書類を受け取り記入し、記入後被保険者等申請者に書類を渡す

変更点→書類を受け取って10日以内に記入の上、返信用封筒を使用し小郡市介護保険課に返送

2. 記入料の支払いについて

小郡市介護保険課が受領した翌月に、支払い手続きを行い指定口座へ入金

3. 見直しの時期について

平成20年8月1日から対応予定

●主治医意見書の項目追加について

現在、使用している主治医意見書の「主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに ☐同意する ☐同意しない」という項目の下に「本人、家族へ意見書情報を ☐開示しない」という項目を追加します。

そこで、書式の変更についてですが、従来、小郡市が発行した様式を利用している場合は順次書式を入れ替えていきますのでご記入をお願いします。

小郡市が発行した書式以外を使用されている医療機関については、項目の追加は「5. 特記すべき事項」の欄をお願いします。

1. 開始時期について

平成20年8月1日更新申請通知案内より対応

2. 医療機関への周知方法

主治医意見書

99301

保険者名

保険者コード

被保険者番号

医療機関

医師

記入日
平成 年 月 日

申請者	(7桁)	男・女	〒	連絡先
	明・大・昭 年 月 日生 (歳)			
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに 本人、家族へ意見書情報を				
医師氏名			☐ 同意する。 ☐ 同意しない。 ☒ 開示しない	
医療機関名			電話	
医療機関所在地			FAX	
(1) 最終診察日	平成 年 月 日	(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上	
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合) → ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()			

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日				
1.		発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)	
2.		発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)	
3.		発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)	
(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)				
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近 (概ね6ヶ月以内) 介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入]				

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置	☐ 酸素療法
	☐ レスピレーター	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の看護	☐ 経管栄養	
特別な対応	☐ モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)			☐ 褥瘡の処置	
失禁への対応	☐ カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	☐ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
☐ 無 ☐ 有	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ()
(4) その他の精神・神経症状	
☐ 無 ☐ 有	[症状名:] 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無

現行

主治医意見書

B

7260
10/12

99301

保険者名 小郡市

保険者コード 被保険者番号

402164

医療機関

医師

記入日 平成 年 月 日

申請者	(フリガナ)	男 女	〒
	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		
連絡先			
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。			
医師氏名			
医療機関名			
医療機関所在地			
電話			
FAX			
(1)最終診察日	平成 年 月 日	(2)意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上
(3)他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合) → ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1)診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1. に記入)及び発症年月日			
1.		発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)
2.		発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)
3.		発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)
(2)症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入]			

2. 特別な医療(過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置	☐ 酸素療法
	☐ レスビレーター	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の看護	☐ 経管栄養	
特別な対応	☐ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		☐ 褥瘡の処置		
失禁への対応	☐ カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1)日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2)認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	☐ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない
(3)認知症の周辺症状(該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
☐ 無 ☐ 有	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ()
(4)その他の精神・神経症状	
☐ 無 ☐ 有	[症状名:] 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無

氏名

99302

保険者コード

402164

被保険者番号

(5) 身体の状態

利き腕 (☐ 右 ☐ 左) 身長 = cm 体重 = kg (過去6ヶ月の体重の変化 ☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少)

☐ 四肢欠損 (部位: _____)

☐ 麻痺 ☐ 右上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 右下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ その他 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 筋力の低下 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の痛み (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 失調・不随意運動 ・上肢 ☐ 右 ☐ 左 ・下肢 ☐ 右 ☐ 左 ・体幹 ☐ 右 ☐ 左

☐ 褥瘡 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 ☐ 自立 ☐ 介助があればしている ☐ していない

車いすの使用 ☐ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用 ☐ 用いていない ☐ 屋外で使用 ☐ 屋内で使用

(複数選択可)

(2) 栄養・食生活

食事行為 ☐ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助

現在の栄養状態 ☐ 良好 ☐ 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊

☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 ()

→ 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問薬剤管理指導

☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養食事指導

☐ 通所リハビリテーション ☐ その他の医療系サービス ()

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 ☐ 特になし ☐ あり () ・移動 ☐ 特になし ☐ あり ()

・摂食 ☐ 特になし ☐ あり () ・運動 ☐ 特になし ☐ あり ()

・嚥下 ☐ 特になし ☐ あり () ・その他 ()

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

☐ 無 ☐ 有 () ☐ 不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的な意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

長谷川式HDS-R = /30点(平成 年 月)

前回 /30点(平成 年 月)

手記: 50歳 へ 11/11/20
1/10 2/10 3/10 4/10 5/10 6/10 7/10 8/10 9/10 10/10 11/10 12/10

(公印割印省略)

小介第 号
平成 年 月 日

担当主治医 殿

小郡市保健福祉部介護保険課

介護保険要介護（支援）更新申請に伴う主治医意見書記入依頼

日頃から、小郡市の介護保険事業にご協力いただきありがとうございます。
この度、介護認定の更新時期の方に更新申請手続きの書類を送付しています。
この主治医意見書記入依頼書を受領されましたら、受領日より10日以内に
「介護保険主治医意見書」をご記入していただき、同封の返信用封筒にて小郡
市介護保険課までご返送をお願いします。

なお、記入料の支払いについては、小郡市が受領した翌月に支払い手続きを
行い金融機関へ支払いを行う予定です。

●お問い合わせ●

〒838-0198

福岡県小郡市小郡255番地1

小郡市保健福祉部介護保険課介護保険係

電話0942-72-2111（内線452）

(公印割印省略)

平成 年 月 日

担当主治医 殿

小郡市保健福祉部介護保険課

介護保険要介護（支援）新規・区分変更申請に伴う主治医意見書記入依頼

日頃から、小郡市の介護保険事業にご協力いただきありがとうございます。
この度、下記の方より介護認定申請がありましたので主治医意見書の記入をお願いします。

この主治医意見書記入依頼書を受領されましたら、受領日より10日以内に
「介護保険主治医意見書」をご記入していただき、同封の返信用封筒にて小郡市介護保険課までご返送をお願いします。

なお、記入料の支払いについては、小郡市が受領した翌月に支払い手続きを行い金融機関へ支払いを行う予定です。

記

記入対象者氏名 _____

●お問い合わせ●

〒838-0198

福岡県小郡市小郡255番地1

小郡市保健福祉部介護保険課介護保険係

電話0942-72-2111（内線452）